

Anamnesebogen

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

Beruf:

Größe/Gewicht:

Hausarzt:

BMI:

Fragen zu Ihrem Zyklus:

| Bluten Sie regelmäßig? | Ja | Meistens | Nie |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------|--------|
| Haben Sie Zwischenblutungen? | Häufig | Selten | Nie |
| Wie lange dauert Ihr Zyklus? | < 25 d | 25-30 d | > 30 d |
| Wie lange bluten Sie? | 3-4 d | 4-7 d | > 7 d |
| Wie stark bluten Sie? | Schwach | Mittel | Stark |
| Schmerzen vor/während der Periode? | Nein (schwach) | Mittel | Stark |
| Haben Sie andere Beschwerden (z.B. Brustspannen, Kopfschmerzen, u.a.) Welche? | | Ja | Nein |

Wie alt waren Sie bei Ihrer 1. Regelblutung?

Wie alt waren Sie bei Ihrer letzten Regelblutung?

Wenn Sie einen der folgenden Punkte bejahen, geben Sie dies bitte genauer an:

Ja Nein

Operationen

Wenn ja, welche und wann?

(Vor-)Erkrankungen

Wenn ja, welche?

Medikamente/Pflanzenpräparate

Wenn ja, welche?

Schwangerschaften?

Wenn ja:

Anzahl der Schwangerschaften

Jahr der Geburt(en)?

Kaiserschnitt(e)?

Besonderheiten?

Wünschen Sie Informationen über Verhütungsmethoden? Für eine gute Beratung benötigen wir von Ihnen wichtige Informationen:

 **Ja**  **Nein**

Gibt oder gab es eine Thromboembolie, z. B. tiefe Beinvenenthrombose, Lungenembolie, Herzinfarkt und Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke, Angina pectoris?

Gibt es bekannte Blutgerinnungsstörungen?

Ist eine Migräne mit fokalen neurologischen Symptomen (Aura) bekannt?

Liegt ein Diabetes mellitus mit Gefäßschädigung vor?

Haben Sie einen sehr hohen Blutdruck, d.h. systolisch ≥ 160 oder diastolisch ≥ 100 mmHg?

Haben Sie sehr hohe Blutfettwerte?

Steht ein größerer chirurgischer Eingriff oder eine längere Immobilisierung bevor?

 **Ja**  **Nein**

Ist Ihr BMI über 30 kg/m^2 ?

Sind Sie älter als 35 Jahre?

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?

Haben Sie hohen Blutdruck, d.h. systolisch 140-159 oder diastolisch 90-99?

Hat ein naher Angehöriger in jungen Jahren (d.h. ≤ 50 Jahre) ein thromboembolisches Ereignis (siehe Liste oben) gehabt?

Haben Sie oder ein naher Angehöriger hohe Blutfettwerte?

Haben Sie Migräneanfälle?

Leiden Sie an einer kardiovaskulären Erkrankung wie Vorhofflimmern, Herzrhythmusstörungen, koronarer Herzkrankheit, Herzklappenerkrankung?

Leiden Sie an Diabetes mellitus?

Werden Sie in nächster Zeit einen längeren Flug (über 4 Stunden) oder eine Reise mit täglichen Fahrzeiten über 4 Stunden antreten?

Haben Sie eine andere Erkrankung, die das Risiko für eine Thrombose erhöhen kann (z. B. Krebs, systemischer Lupus erythematodes, Sichelzellanämie, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, hämolytisch-urämisches Syndrom)?

Wenden Sie andere Arzneimittel an, die das Risiko einer Thrombose erhöhen können (z. B. Corticosteroide, Neuroleptika, Antipsychotika, Antidepressiva, Chemotherapeutika und andere)? Wenn ja, welche?

Haben Sie in den letzten Wochen entbunden?

Haben Sie eine verstärkte Körperbehaarung?

Haben Sie regelmäßig Durchfall oder Erbrechen?